

## DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

# 199585

Le 28/2/2024

| A REMPLIR PAR L'ADHERENT                                                                                                                                                           |                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Matricule : 18274                                                                                                                                                                  | E-mail : <u>oguesou@supleimove.ma</u> Phones : 0662744673 |
| Nom et Prénom de l'adhérent : <u>Cheroua Slim Kettam</u>                                                                                                                           |                                                           |
| Nom et Prénom du bénéficiaire : <u>DR. ZIAI ARAQI KETTAM ESMAIL</u>                                                                                                                |                                                           |
| A REMPLIR PAR LE PRATICIEN                                                                                                                                                         |                                                           |
| Je soussigné : <u>Pédopsychiatre</u><br><u>124, Rue Ahmed El Jouhary</u><br><u>Bd Bir Anzarane, Res Aya, 2e Etage</u><br><u>N° 5, Maarif - Casablanca</u><br><u>06 61 07 92 79</u> |                                                           |
| Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. <u>SLIM S. Kettam</u>                                                                                                                  |                                                           |
| Nécessite <u>30 séances de psychanalyse</u>                                                                                                                                        |                                                           |
| Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)                                                                                                                           |                                                           |
| Une hospitalisation de (approximatif) ...                                                                                                                                          |                                                           |
| A (préciser l'établissement hospitalier)                                                                                                                                           |                                                           |
| STRICTEMENT CONFIDENTIEL                                                                                                                                                           |                                                           |
| Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):                                                            |                                                           |
| Cachet, date et signature du praticien                                                                                                                                             |                                                           |
| A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS                                                                                                                                      |                                                           |
| Décision :                                                                                                                                                                         |                                                           |

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.



Casablanca, le : 28/21/24 : الدار البيضاء في

Ismail Keltani

30 signes d. psychomoteur

Dr. Zineb IRAQI  
Pédopsychiatre  
134, Rue Ahmed El Joumari, Angle  
Bd Bir Anzarane, Rés Aya, 2<sup>e</sup> Etage  
N° 6, Maârif - Casablanca  
Tél: 05 22 23 76 54 - 06 61 07 92 79



Hanane AMMOR  
Psychomotricienne  
ISRP PARIS

ISRP PARIS  
61, Av. Lalla Yacoub el Mostapha  
El Maani, Casablanca  
RC : 412029 - IF : 28114119  
TP : 32293622

Devis N°: 1077/24

Pour : Prise en charge de  
psychomotricité

Nom patient : Keltani

Prénom patient : Ismail

Nombre de séances : 30 séances

Prix TTC : 9700 Dhs

Fait le 28.02.2024

A Casablanca

Cachet :

AMMOR PSYCHOMOTRICIENNE  
61. Av. Lalla Yacoub el Mostapha  
El Maani Casablanca  
RC : 412029 - IF : 28114119  
TP : 32293622



A Casa , le 28/02/2024

## Attestation médicale

Dr. Zineb IRAQI  
Pédopsychiatre  
134, Rue Ahmed El Joumari, Angle  
Bd Bir Anzarane, Rés Aya, 2e Etage  
N° 6, Maârif - Casablanca  
Tél: 05 22 23 76 54 - 06 61 07 92 79

Je soussignée, , certifie recevoir en consultation de pédopsychiatrie le petit Ismail Kettani né le 07/03/2019 et actuellement scolarisé en classe de moyenne section à Louis Massignon

Au terme de l'anamnèse et de l'entretien clinique, Ismail présente un retard de parole et de langage ainsi qu'un retrait relationnel et des difficultés psychomotrices.

De ce fait un suivi régulier et hebdomadaire en orthophonie et en psychomotricité est absolument nécessaire afin d'accompagner Ismail pour un développement optimal et lui permettre de compenser ses difficultés.

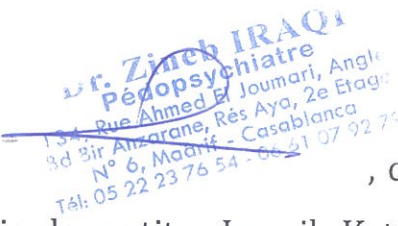
Attestation remise à la famille pour servir et valoir ce que de droit

Dr. Zineb IRAQI  
Pédopsychiatre  
134, Rue Ahmed El Joumari, Angle  
Bd Bir Anzarane, Rés Aya, 2e Etage  
N° 6, Maârif - Casablanca  
Tél: 05 22 23 76 54 - 06 61 07 92 79



A Casa , le 28/02/2024

## Attestation médicale

Je soussignée, , certifie recevoir en consultation de pédopsychiatrie le petit Ismail Kettani né le 07/03/2019 et actuellement scolarisé en classe de moyenne section à Louis Massignon

Au terme de l'anamnèse et de l'entretien clinique, Ismail présente un retard de parole et de langage ainsi qu'un retrait relationnel et des difficultés psychomotrices.

De ce fait un suivi régulier et hebdomadaire en orthophonie et en psychomotricité est absolument nécessaire afin d'accompagner Ismail pour un développement optimal et lui permettre de compenser ses difficultés.

Attestation remise à la famille pour servir et valoir ce que de droit

Dr. Zineb IRAQI  
Pédopsychiatre  
134, Rue Ahmed El Joumari, Angle  
Bd Bir Anzarane, Rés Aya, 2e Etage  
N° 6, Maârif - Casablanca  
Tél: 05 22 23 76 54 - 06 61 07 92 79